FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1974

CONTRIBUŢIUNI

LA

STUDIUL DERIVĂRII URINILOR IN INTERVENŢIILE PE URETRĂ LA BĂRBAŢI

■ ■ ■ ■

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

■ ■ ■ ■

Lucrare prezentată şi susţinută la 26 Oct. 1923

DE

MIRCEA C. CONSTANTINESCU
Din Institutul Sanitar Militar.

BUCUREŞTI
TIPOGRAFIA ŞCOALEI MILITARE DE INFANTERIE No. 1
1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No.1974

CONTRIBUŢIUNI

LA

STUDIUL DERIVĂRII URINILOR IN INTERVENŢIILE PE URETRĂ LA BĂRBAŢI

■ ■ ■ ■

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

■ ■ ■ ■

Lucrare prezentată şi susţinută la 26 Oct. 1923

DE

MIRCEA C. CONSTANTINESCU
Din Institutul Sanitar Militar.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

BUCUREŞTI
TIPOGRAFIA ŞCOALEI MILITARE DE INFANTERIE No. 1
1923

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

Decan: Dnul Profesor Dr. Minovici Mina

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	*D-l Dr. Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „ *Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „ *Bălăcescu I.*
Anatomia patologică Bacteoriologia și patologia experimentală	„ „ *Babeș V.*
Istologia normală și Istogeneza	„ „ *Besnea St.*
Medicina experimentală	„ „ *Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„ „ *Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „ *Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „ *Gerota D.*
Farmacia chimică și galenică	„ „ *Georgescu M.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „ *Gheorghiu N.*
Anatomia topngrafică I Clinica I-a chirurgicală	„ „ *Ionescu Th.*
Clinica III medicală	„ „ *Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „ *Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „ *Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	„ „ *Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „ *Metzianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „ *Marinescu Gh.*
Chimia analitică	„ „ *Minovici St.*
Clinica infantilă	„ „ *Man-catide M.*
Igiena și poliția sanitară	„ „ *Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „ *Minovici M.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „ *Manolescu D.*
Clinica I-a medicală	„ „ *Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „ *Nicolau Șt.*
Clinica mentală	„ „ *Obregia A.*
Fisiologia umană	„ „ *Paulescu N.*
Patologia generală	„ „ *Proca Gh*
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „ *Rainer Fr.*
Zoologia medicală	„ „ *Sihleanu St.*
Botanica medicală	„ „ *Solacolu T.*
Patologia medicală	„ „ *Thomescu I. Th.*
Clinica terapeutică	„ „ *Theohari A.*
Analiza băuturilor și alimentelor	„ „ *Vintilescu I.*

Profesori agregați:

Medicină operatoare . . . . . *D-l Dr. Constantinescu C.*

Juriul de promoțiune:

Președinte: *D-l Prof. Dr. Jianu A.*

Membrii: Dl. Prof. Dr. Juvara E.
„ Conf. Dr. Moscu I.
„ Docent Dr. Marinescu Gh.
„ „ Dr. Christian Eug.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

PREFAŢĂ.

Bănuiesc că nu sunt mulţi acei ce s'au întrebat care este rostul adevărat al „Lucrării inaugurale".

Desigur că mulţi, foarte mulţi din acei ce nu trec prin fiorii preparării unei astfel de lucrări nu îi pot simţi rostul.

Am subliniat „nu îi pot simţi *rostul", fiindcă, în adevăr, această lucrare trebue simţită de acela care, ieşind din anonimatul vârstei acum, se prezintă Societăţii prin „Lucrarea inaugurală".*

Ştiinţa medicală este vastă, nemărginită până acum.

In fiecare zi apar cercetători şi cercetări noi şi —prin aceasta— cu fiecare zi se îngreuiază studiul ei.

Specializare într'o anume direcţie nu se poate face în timpul Universităţii, din cauza programelor şcolastice, care şi-au luat sarcina „să-ţi dea de toate" şi iată că, studentul care a învăţat 7—8 ani în Facultate, nu poate spune la sfârşit, că este stăpân pe o cât de restrânsă specialitate!

De aci rezultă şi modestia valorii tezelor noastre.

. . . . *Şi iată cum, nesusţinând o* Teză *propriu zis, „Lucrarea inaugurală" trebue totuş să reprezinte* ceva.

Trebuie ca această modestă lucrare să oglindească anume aptitudini ale candidatului şi dacă se poate, chiar şi anume însuşiri sufleteşti care să facă parte dintre componentele personalităţii sale.

De aceea am spus mai sus că această lucrare trebuie simţită.

Simţi *această lucrare prin greutăţile cu cari ţe încarcă titlul academic ce-ţi revine prin ea, socotind-o ca o semnătură voluntară pusă pe severul contract cu viaţa, dela care trebuie să ceri puţin, dându-i în schimb totul;*

Simţi *această lucrare prin legătura pe care o stabileşte iniţial — în cazurile mai puţin fericite — sau pe care o întăreşte şi mai mult — cum ar fi de dorit pentru toate cazurile — între candidat şi cel sub îndrumările căruia a studiat şi efectuat lucrarea.*

Simţi *această lucrare prin legătura pe care o consfinţeşte cu bolnavii pe cari ţi-ai făcut instrucţia, ca şi cu Profesorii şi şefii de serviciu cari te-au îndrumat;*

Simţi — *în sfârşit — această lucrare, prin trecutul de care te desparte, spre a trece într'o lume, şi într'o viaţă pe cari nu le cunoşti, dela cari nu ştii ce ai dreptul să speri şi în cari — cu siguranţa dobândită din experienţa predecesorilor — vei avea multe zile pline de păreri de rău pentru trecutul de care acum te desparţi!*

. . . . . .

Şi acum, fie-mi iertat, să arăt şi ceva ce nu *se simte.*

Din precedente îndepărtate, pe cari nu le putem nici preciza, şi nici discuta, s'a luat obiceiul de a se înşira diferite nume proprii, într'un anumit loc din prefaţa sau introducerea acestor lucrări, nume alături de cari se adaugă, cu sau fără legătură intimă — simţită — *diferite expresli elegante din vocabulare.*

. . . Cei cari se iubesc şi se stimează, nu dau drumul vorbelor, decât atunci când acestea au menirea — unică — de a suplini sentimentul!

De ce atunci divulgarea unor sentimente cu adevărat frumoase şi împerecherea lor, — în aceeaş frază, sau pe aceeaş pagină — cu altele ce nu au existat nici-odată, decât scrise?!

De ce oare să nu ne abţinem dela un neadevăr în plus?

Dar prietenii cei mulţi!

Putea vom oare înşirui, într'o simplă prefaţă, toate sentimentele ce ne leagă de prieteni, începând cu cei din copilărie şi sfârşind cu cei mai recenţi, în felul lor — poate — tot atât de valoroşi şi unii şi alţii?

Un singur lucru rămâne sigur şi anume:

Trecând prin viaţă, până astăzi, nu am putut face altceva decât să contractăm datorii, *datorii materiale pe de o parte, datorii morale — mai cu seamă — de altă parte, până când — în sfârşit —* am ajuns.

Am ajuns astăzi în situaţia şi timpul când aceste datorii încep a-şi apropia scadenţa....

Ni se deschide o viaţă nouă şi un câmp nou de muncă, iar datoriile cer să fie plătite.

— Datorii către familie, datorii pe cari numai animalele inferioare nu le simt ca atare.

— Datorii către prieteni.

— Datorii, către toţi aceia cari (Instituţii sau Persoane) ţi-au înlesnit drumul până aici.

— Datorii către cei din jur — cari, cel puţin, nu ţi-au stat în potrivă.

— Datorii către Societatea de al cărui grad de cultură, de civilizaţie şi umanitate te-ai folosit.

— Datorii către colectivitatea dela care ai primit un anumit fel de a vedea lumea, oamenii, natura cu toate bogăţiile ei, într'un cuvânt, datorii către Naţia *care te-a produs şi în sânul căreea eşti chemat să împarţi din însuşirile cu cari ea te-a înzestrat.*

Putea-voi oare să nu mă îndepărtez prea mult de acestea, în viaţa pe care acum o încep?

INTRODUCERE.

Din literatura chirurgicală-urologică se constată că chestiunea drenajului urinilor a fost de multă vreme studiată, dându-i-se numeroase soluţii.

De asemeni se constată că boala care a impus mai imperios căutarea unui metod de derivare a urinilor din vesică a fost constituită de stricturile uretrale post inflamatorii.

In adevăr, cu rudimentul de tratament întrebuinţat pe vremuri — şi poate uneori şi astăzi — în contra blenoragiei, bolnavul era foarte expus la stricturi uretrale.

Şi cum aceste stricturi nu-şi aveau tratamentul lor, fie din cauza medicului, fie din cauza indolenţei bolnavului, era natural să se ajungă la stricturi filiforme, posibile de o intervenţie sângerândă prin perineu.

Astăzi, când uretritele se tratează — în general — ceva mai raţional şi când bolnavii sunt ceva mai atenţi faţă de uretra lor, numărul stricturaţilor filiform s'a micşorat în raport invers cu numărul mare al blenoragicilor.

Şi astfel, operaţiile de uretrotomie externă s'au împuţinat simţitor, pentru stricturi post inflamatorii.

Totuş, cazurile de uretrotomie externă sunt destul de frequente pentru stricturi traumatice, după cum se va vedea din numărul de cazuri operate într'un singur serviciu.

Aceste considerente m'au determinat să aleg pentru lucrarea de faţă, ca subiect, *drenajul urinilor în intervenţiile pe uretră.*

Am căutat anume un subiect care să aibă o oare care valoare practică.

Cum pe de altă parte în serviciul pe care-l frequentez s'au perindat mai mulţi bolnavi cari, pe lângă operaţia reclamată propriu zis de infirmităţile lor, necesitau şi o derivare a urinilor, spre a nu veni în contact direct cu plaga operatorie, m'am oprit asupra acestui subiect.

Studiind chestiunea din tratate, am constatat că au fost întrebuinţate mai multe metode pentru această derivare, fiind — în acelaş timp — multe discuţii contradictorii între promotorii fiecărui metod.

Studiind apoi şi câteva cazuri operate anterior în serviciul pe care-l frequentez, am ajnus la concluzia că se impune a mă convinge pe cazuri personale de cele ce am văzut publicat de către alţii.

Pornind cu această necesitate şi prin bună-voinţa D-lui Docent Dr. Eug. Christian, am putut aduna şi cazuri personale, pe cari împreună cu celelalte cazuri ale serviciului, le voi relata în această lucrare.

In paginile ce urmează, voi încerca să fac un succint studiu critic al drenajului urinilor în cazurile de cari ne ocupăm, insistând ceva mai mult asupra drenajului perineal, procedeu pe care am fost obligat să-l favorizez, în urma rezultatelor comparative obţinute.

ISTORIC.

Chestiunea drenajului cavităţilor cu colecţii patologice a făcut de mult preocuparea lumei medico-chirurgicale.

Se pare că Chassaignac a fost primul care a introdus drenajul abceselor, operaţie pentru care a şi imaginat şi întrebuinţat tubul de cauciuc.

Curând după Chassaignac, pela 1859, Roux şi Arnaud introduc drenajul şi în celelalte plăgi chirurgicale, cu scopul de a împiedeca retenţia sau stagnarea puroiului, înlesnindu-i scurgerea în afara plăgii (Chavasse).

In literatura curentă studiind chestiunea drenajului urinilor, am constatat că se vorbeşte puţin despre istoricul ei.

Departe de pretenţia de a pune la punct acest capitol, l-am studiat totuş, în autorii mai îndepărtaţi spre a-l cunoaşte şi în cele ce urmează, voi arăta câteva date spre a se vedea câte ceva din ceea ce a făcut obiectul cercetărilor mai îndepărtate.

Din scrierile mai vechi, cari se ocupă ceva mai mult cu această chestiune, se întrevăd chiar unele polemici pe această temă.

De altfel, nici autorii mai apropiaţi — câţi s'au ocupat cu acest subiect — nu sunt în armonie în ce priveşte drenajul urinilor.

Aşa — spre exemplu — chestiunea paternităţii taliei perineale nu se poate elucida întrucât „în trecut se confundau incizia perineală superficială, deschiderile de abcese, uretrotomia externă propriu zis şi într'un cuvânt, toate butonierele practicate în regiunea perineului (Hamonic).

Totuş, spre a cita şi nume proprii, cu date oarecum bine determinate, le-am împrumutat pe cele ce urmează, din Hamonic:

„Uretrostomia îşi are începutul la mijlocul seco-
„lului XVII (Richard Wisemann—1692—sau Corne-
„lius Solingen—1680—) sau chiar din secolul XVI,
„după cum afirmă şcolile italiene, cari o atribuiesc
„lui Jêrome Cardano şi Durante Scacahi".

Dar, această parte a capitolului în curs, are doar un interes... istoric, rămânâd mai important de ştiut faptul că, în timpul din urmă —1904—6—10— şi până astăzi, chestiunea a fost studiată cu mult interes de Rochet, Hartmann, Albaran, Marion şi alţii, ajungând cu toţii la concluziile pe cari le vom vedea în capitolul următor.

Referindu-ne la drenajul hipogastric, chestiunea istoricului este iarăşi neclarificată.

Se pare totuş, după datele lui Tillaux—1884— consemnate în lucrarea lui Bazy, că Sedillot de oparte şi Viguerie de alta, ar fi practicat mai întâi cystostomia având ca scop drenajul urinilor.

In ce priveşte punctia capilară a vesicei, făcută de 2—3 ori pe zi, în scopul derivării urinilor, din literatură ar rezulta că îi aparţine lui „Leon Labbé".

Cât despre sonda permanentă prin meat, întrebuinţată atât pentru drenarea vesicei infectate, cât şi pentru derivarea urinilor, ca adjuvant al vre-unei intervenţii chirurgicale, ea este de dată şi mai recentă, pentru sondele numai de gumă sau cauciuc.

Cateterismul evacuator propriu zis „îşi confundă origina cu a umanităţii" (Jeanbran) însă se făcea cu sonde metalice până în sec. XVIII, la sfârşitul căruia —1680 „Talet se servia de o sondă făcută din spirală metalică (Jeanbran) pentru ca ceva mai târziu, tot în sec. XVIII, argintarul Bernard să poată, face din proprie iniţiativă—o sondă de cauciuc, pe schelet de mătase (Jeanbran).

STUDIUL CRITIC AL DRENAJULUI URINILOR.

Ne propunem să studiem în acest capitol, comparativ, diferitele procedee de drenare a urinilor în cazul când intervenim chirurgical pe uretra bărbătească.

Vom expune pe rând fiecare procedeu, cu calităţile pe cari le are şi din a căror confruntare vor reieşi concluziile cu cari vom încheia această lucrare.

In urmă, într'un alt capitol vom reda observaţiile clinice personale şi culese în serviciu şi pe cari le vom discuta puţin într'un capitol separat, după care vom arăta şi concluziile noastre.

In afară de punctia capilară repetată a vesicei, procedeu ne intrat în practica curentă, — în cazurile de cari ne ocupăm — şi în afară de sondarea repetată prin uretră după cum procedează Cathelin, trei sunt mijloacele cari se concurează, pentru derivarea urinilor în intervenţiile pe uretră.

I. — *Cystostomia*, cu introducerea unei sonde Pezzer prin stoma vesicală artificială;

II. — *Sonda permanentă prin meat*—à demeure —

III. — Şi *uretrostomia perineală*, cu sondă introdusă în vesică prin butoniera practicată în perineu.

Chirurgii şi urologii cari au practicat primele două metode, au observat neajunsuri serioase în ambele cazuri.

Vorbind despre drenajul hipogastric, Marion spune că lasă rezidiu şi, o contracţie intempestivă a vesicei, spre a goli vesica trimite urina în uretră, punând-o astfel în contact cu plaga operatorie.

Apoi, chiar dacă acest inconvenient nu apare în toate cazurile, totuş, spre a permite închiderea artificiului vesical, de cele mai multe ori eşti nevoit să pui o sondă uretrală permanentă, dând atunci peste neajunsurile acesteea — Marion.

Cât despre al doilea metod — sonda permanentă prin meat — acesta pare a fi ocolit astăzi de mai toţi chirurgii, în cazurile de cari ne ocupăm aici.

In adevăr, încă din 1885, Guyon arăta, în memorabilele sale lecţii clinice, unul din neajunsurile sondei uretrale, neajuns care pare şi astăzi a fi ignorat de mulţi.

Anume, arăta Guyon, că prin poziţii vicioase date penisului, sonda poate produce ulceraţii, cu fistule uretrale peniene sau peno-scrotale.

Legueu, revenind în 1910 asupra acestui punct, spune cam acelaş lucru : „sonda permanentă are desavantagiul ca, prin compresiunea exercitată asupra peretelui inferior al uretrei, în regiunea unghiului peno-scrotal mai ales, atunci când urinalul este pus între coapsele bolnavului poate da periuretrită flegmonoasă şi fistulă uretro-cutanată consecutivă.

Spre a remedia acest rău, se recomandă a se pune urinalul lângă faţa externă a uneia din coapse — în stânga de obicei.

Trecând peste acest neajuns, al cărui remediu pare a fi atins, constatăm că sonda permanentă, prin iri-

taţia pe care o provoacă, este un permanent motiv de întreţinere a infecţiei — Albaran — ceeace atrage după sine întârzierea sau chiar imposibilitatea reunirei plăgii operatorii uretrale.

De-asemeni trebuie să constatăm că o cât de mică deplasare a sondei permanente, ocazionează filtrarea urinii între uretră, şi sondă, urină ce se poate însinua în plagă, dând o adevărată infecţie urinoasă, —Hartmann.—

Din observaţiile noastre, am avut ocazia să constatăm încă un neajuns al sondei permanente, neajuns pe care nu l-am găsit semnalat în scrierile cercetate şi anume, am constatat că o erecţie în timpul somnului a putut expulza sonda în totalitate din uretră, deşi fusese fixată bine după procedeul Thompson-Guyon.

Se înţelege că atunci când sonda aceasta nu are decât rolul de a drena urinile, răul se remediază lesne, dar când aceeaş sondă are şi rol de mulaj pentru tunelul prin care s'a căutat să înlocuiască uretra distrusă, atunci neajunsul este cu mult mai mare, necesitând uneori o nouă intervenţie sângerândă, după cum s'a întâmplat într'unul din cazurile noastre.

Când sonda permanentă ar avea numai rolul de a drena, expulzarea ei prin erecţie în somn, deşi şi-ar găsi remediul când bolnavul se deşteaptă, totuş, până atunci urina are destul timp să treacă din vesică spre plaga operatorie, punându-ne în faţa neajunsurilor mai sus semnalate.

Erecţii poate avea bolnavul şi cu sonda perineală, dar sonda fiind bine fixată de buzele plăgii [1] nu se deplasează. Şi apoi, în erecţii tocmai regiunea ce vine după butoniera perineală îşi modifică simţitor dimensiunile, atrăgând după aceasta deplasarea sondei permanente.

---

1) Şi sonda permanentă se poate fixa cu un fir de Florenţa trecut profund cu acul prin meat, dar răul tot nu este remediat, căci atunc penisul în erecţie va trage după sine sonda scoţând'o din vesică.

Tot din observaţiile noastre se mai constată un fapt: când în urma intervenţiei noastre—Observaţia No. X— calibrul uretrei se micşorează mult, eşti nevoit să pui o sondă adequată, pentru sondă permanentă.

Or, survine un neajuns: sonda fiind de calibru mic, este expusă lesne la a se înfunda, silindu-te să o schimbi chiar la 24 ore, manoperă care ar favoriza dislocările suturilor.

Cred că este nemerit locul să arăt aici că în opoziţie de cele susţinute de Cathelin, socotesc că este vătămător şi procedeul pe care îl preconizează autorul citat, adică sondarea de 3—4 ori pe zi, fără a se institui un drenaj permanent oareçare, căci, cu ori câtă prudenţă ar pretinde cineva că lucrează, totuş, cred că este prea mare traumatismul produs prin trecerea repetată a sondei, riscând astfel să compromită sutura.

De altfel, acest rău este cu atât mai mare, cu cât eşti obligat să faci sutura cu material fin şi să prinzi puţin din ţesuturi, pentru a nu avea ulterior un rezultat nefavorabil prin strimtorarea lumenului uretral cu o cicatrice mare, prea rezistentă la dilataţiile cari complectează imperios operaţia.

De asemeni, Hartmann, vorbind de cateterism în astfel de condiţii, spune că „riscă să producă vre-o cale falsă, este dureros şi eşuează de cele mai multe ori".

Am văzut astfel cum ni se prezintă primele două metode de drenare a urinilor, în cazurile cari ne preocupă.

Să studiem acum şi valoarea celui de al treilea metod — *drenajul perineal* — cu sonda introdusă prin butoniera perineală trecând puţin în revistă şi criticele ce i s'au adus.

Pornind dela uretrostomia perineală permanentă, practicată în stricturile uretrale ce nu puteau fi reduse prin dilataţii progresive, chirurgii s'au gândit

să uzeze de butoniera perineală pentru o derivaţie temporară a urinilor, spre a înlătura neajunsurile constate la procedeele anterioare.

S'au făcut atunci încercări şi lui Marion îi revine meritul de a fi recomandat cu mai multă căldură acest procedeu a cărui tehnică a fixat-o fără a întuneca totuş meritele lui Rochet al cărui nume îl poartă procedeul.

Bineînţeles că apariţia procedeului a fost însoţită de criticele inerente oricării inovaţii.

Rând pe rând, însă, au fost dărâmate toate piedicile, pentru ca procedeul de care ne ocupăm să-şi poată căpăta locul pe care se menţine astăzi.

S'a pretins că drenajul perineal ar da stricturi, însă Marion arată că, după 8 luni dela intervenţie, a putut trece Béniqué-ul No. 60, iar noi, în cazurile noastre, nu am putut constata nici o urmă de strictură chiar după 12 ani.

S'a mai pretins că butoniera perineală ar da incontinenţă de urină, însă tot Marion a demonstrat că, făcută chiar în uretra membranoasă, butoniera perineală nu dă incontinenţă.

De altfel, chiar dela 1892 se permitea butoniera perineală în regiunea membranoasă, fără a se pomeni de incontinenţă de urină consecutivă — Duplay şi Reclus.

Pe de altă parte, am văzut că, trecând urină între uretră şi sondă, la sonda permanentă, putem avea neajunsurile semnalate, pe când în drenajul perineal, chiar dacă trece urină între sondă şi uretră, ea iese, se filtrează prin butoniera perineală, neajungând, astfel, până la plaga operatorie.

S'a mai presupus că orificiul perineal ar lăsa după el fistulă, însă, atât în cazurile lui Marion cât şi în cazurile noastre, orificiul s'a închis în 24 ore dela scoaterea sondei, fără a se mai fi lăsat străbătut de vre-o picătură de urină.

Asemeni în cazurile noastre nu am putut constata persistenţa vre-unei fistule, după cum se va vedea ulterior.

O ultimă şi mai deosebită obiecţiune ce se aduce uretrostomiei perineale, este aceea care pretinde că, împreună cu ori-ce intervenţie sângerândă pe perineu ar da turburări în erecţie.

Chestiunea a fost deslegată însă de mult timp, căci Hartmann, încă dela 1904 spunea că chiar uretrostomia definitivă—deci unde se face un traumatism mai mare şi cu o cicatrice cu totul pronunţată faţă de ceea ce rămâne după simpla butonieră longitudinală pe unde se introduce sonda—şi tot nu se observă nici o turburare a erecţiei şi nici o modificare a calităţilor coitului.

De asemeni, în cazurile noastre nu am putut constata astfel de turburări.

In adevăr, în cazul dela Observaţia No. XI (Ghenadie) deşi bolnavul avea o ruptură a uretrei pe 7-8 cm. cu o plagă perineală mare, avea totuş foarte dese erecţii, ca aceea ce i a expulzat sonda.

Mai mult chiar, bolnavul dela observaţia VII, care înainte de operaţie nu avusese nici o erecţie, după operaţie, adăugat fiind un tratament cu strichnină şi electricitate, a început a avea erecţii.

Incontestabil că nu avem pretenţia absurdă de a transforma uretrostomia perineală într'o „operaţie de reîntinerire", dar citâm cazul ca un puternic contra-argument la obiecţiunea mai sus menţionată.

* * *

Astfel stând lucrurile, înarmaţi cu cazurile câte au putut fi cercetate în literatură, am căutat să aplicăm bolnavilor aceste procedee comparativ.

Prin ajutorul, bună voinţa şi sub supravegherea şefului meu D-l Dr. Christian, am putut practica — personal — intervenţia pe mai mulţi bolnavi din serviciul de boale genito-urinare al Spitalului Militar „Regina Elisabeta".

Mărturisesc că după ce am constat — la primul caz personal— complecta lipsă de traumatism, mer-

sul post operator şi uşurinţă cu care se poate face drenajul perineal prin butoniera practicată în uretra perineală, am rămas impresionat de aceste calităţi, iar cazurile cari au urmat, cu studiu comparativ al procedeelor de drenaj, nu au făcut decât să mă fixeze definitiv asupra drenajului perineal, făcându-mă să ajung în mod natural la concluziile la cari a ajuns Marion care spune că, constatându-i superioritatea „nu ezită a-l recomanda în toate cazurile".

Rămâne doar o singură rezervă.

Am văzut că butoniera se poate face şi pe uretra membranoasă. (Duplay-Reclus).

Mai mult, Marion a practicat-o în 2 cazuri, chiar în uretra prostatică, cu rezultate bune, sfătuind totuş a se renunţa la aceasta şi a se face drenajul hypogastric, atunci când am fi nevoiţi să facem butoniera în regiunea uretrei prostatice.

Din partea noastră, fără a fi avut ocazia să ne convingem pe cazuri personale, socotim totuş că este de recomandat ceea ce susţine Marion, căci este mai riscant, pentru bolnav, să i se facă o incizie în regiunea prostatică, incizie ce ar putea fi vătămătoare atât pentru elementele ce se găsesc acolo—vesiculele seminale cu canalele ejaculatoare — cât şi pentru gâtul vesicei, decât să i se facă o cystostomie.

De asemeni, sunt cazuri chiar când nu eşti obligat să faci butoniera uretrală în porţiunea prostatică, să renunţi totuş la drenajul perineal şi anume atunci când nu se poate găsi capătul posterior al unei uretre cu o plagă sau o strictură mare.

In aceste cazuri, cari sunt destul de frequente se impune dela sine cystostomia cu cateterismul retrograd — Obs. I. şi XII.

Din studiul comparativ făcut până acum, făcându-se bilanţul calităţilor şi defectelor fiecărui procedeu, reiese că — în afară de rezerva adoptată dela Marion — drenajul perineal, cu o sondă introdusă în vesică printr'o butonieră uretrală practicată pe linia mediană a perineului anterior, este de recomandat în toate celelalte cazuri de intervenţii chirurgicale pe uretră,

TECHNICA.

In ce priveşte technica drenajului perineal, ea este din cele mai simple

Se face incizia cutanată mediană de 1—1,5 cm., continuându-se în profunzime, până se ajunge la uretră.

Uretra se repereză cu ochiul liber şi degetul chirurgului — Syme — sau printr'un conductor metalic oarecare introdus prin meat (Sédillat).

Guyon a şi făcut un conductor metalic curb, cu şanţ pe partea convexă şi care serveşte ca şi o sondă canelată obişnuită la a se inciza cu mai multă siguranţă numai atât cât chirurgul doreşte.

Odată reperată uretra, se incizează peretele inferior pe axa longitudinală şi se prind buzele butonierei uretrale cu 2 pense mici.

Se introduce apoi pe aici o sondă uretrală pâna în vesică (sondă de cauciuc, cu vârf cudat şi de preferat cu 2 orificii, numărul variind dela 14 la 18—20) şi se fixează sonda de ţesutele plăgii, — exceptând uretra, — printr'un fir de Florenţa trecut cu un ac oarecare.

Se spală apoi pe sondă, de 2—3 ori pe zi, cu o soluţie uşor antiseptică şi se schimbă sonda după necesitate, urmând a fi scoasă definitiv atunci când fiecare caz în parte impune, cunoscând că chiar scoasă după 40—45 zile, nu va lăsa nici un neajuns bolnavului — Obs. No. VII.

Cât priveşte locul din perineu unde se face butoniera, acesta este indicat de caz.

Spitalul Militar „Regina Elisabeta“
Serviciul de boale Genito-Urinare.

Observația I.

Soldatul M. A., de 38 ani, intră în serviciu la 17 Iunie 1919 prezentând turburări în micțiune și dureri perineale.

A. P. și H. C. fără importanță, bolnavul neagă ori-ce maladie uro-genitală anterioară.

Istoricul maladiei actuale.

Bolnavul ne spune că a fost rănit — prin glonț de armă — în Octombrie 1916, glonțul intrând prin fesa dr. și ieșind prin peretele stâng al scrotului, trecând prin perineu și interesând și testiculul stg.

O explozie (?) a glonțului în corpul său, ne spune bolnavul, i-a produs alte 2 plăgi pe părțile laterale ale perineului anterior, pe unde se scurgea urină și fecale.

A fost operat de 3 ori, în diferite spitale, închizându-i-se fistulele, după care intră în serviciul nostru.

Stare prezentă. Constituție medie, apiretic. D. p. d. v. uro-genital, prezintă mai multe cicatrice în reg. fesei dr., burse și ambele șanțuri genito-crurale.

Bolnavul urinează cu f. mare dificultate, — picătură cu picătură — și având dureri mari.

Explorându-i-se uretra, aceasta se lasă străbătută în reg. peniană de un explorator de cauciuc No. 8, care se oprește însă la 10—12 cm. de meat.

Adrenalina nu modifică obstacolul.

De asemeni nici un explorator filiform nu poate trece mai departe de acest obstacol.

Bolnavul suferă, are dureri mari în timpul micţunei.

Se pune diagnosticul de stricturi traumatice filiforme şi se decide a i se face o uretrotomie externă.

La 12 Iulie se intervine chirurgical, sub rachistricnostovainizare.

Se face incizia perineală şi se prinde capătul anterior al porţiunii stenozate, prin cateterism, capătul posterior nu se poate găsi având un traiect sinuos, ce duce spre rect.

S'a făcut atunci cystostomie şi cateterism retrograd cu un Béniqué, după care s'a cusut uretra—pe o sondă.

Se face drenajul vesical cu sonda Pezzer.

Se fac apoi pansamente zilnice, se spală vesica cu soluţie slabă de hypermanganat—prin Pezzer.

După 8 zile se scot firele, plaga perineală fiind aproape cicatrizată şi după alte 6 zile se scoate şi Pezzerul vesical, bolnavul putând să aibă micţiuni voluntare normale.

Se încep apoi dilataţiile cu Béniqué, introducându-se la început No. 32 şi ajungându-se în 2 săptămâni la No. 50 şi bolnavul părăseşte Spitalul, fără a putea fi revăzut şi controlat.

Observaţia II.

Serg. P. D. de 24 ani, vine în serviciu la 25 Sept. 1919 pentru o fistulă uretrală.

A. P. şi H. C. fără importanţă.

Istoric. Bolnavul spune că în 1917, a contractat o blenoragie pe care a tratat-o în infirmerie la Regiment, timp de mai multe luni, rămânând cu o scurgere cronică.

In Sept. 1918 a observat în reg. unghiului penoscrotal o tumoretă care a crescut până la mărimea unei mandarine, păstrând linia mediană.

A fost operat în serviciul nostru, de unde a ieşit vindecat.

Prin Martie 1919, bolnavul spune că a observat că, prin locul unde a fost plaga operatorie anterioară, se scurge urină, formându-se o fistulă însoţită de o excrescenţă ca o creastă de cocoş.

Stare prezentă.

Bolnavul prezintă, d. p. d. v. uro-genital, scurgere uretrală cronică, cufloră banală micţiunea dureroasă şi însoţită de filtrarea urinii prin fistulă.

Fistula dela unghiul peno-scrotal este însoţită de o excrescenţă papilomatoasă-roşie. Nu are stricturi uretrale.

La 3 Oct. 1919 se intervine chirurgical, sub rachistricnostovainizare.

Se extirpă tumora, se închide fistula, suturându-se uretra cu ţesuturile în 2 planuri şi se face drenaj perineal, introducându-se o sondă de cauciuc prin butoniera perineală practicată în timpul operaţiei.

După 12 zile se scoate sonda perineală.

Plaga operatorie închisă.

La 30 XI, Uretra permite să fie străbătută de Béniqué-ul 50 şi bolnavul iese vindecat.

Observaţia III

Sold. Gh. N. de 24 ani, intră în serviciu la 30 Sept. 1919 pentru o fistulă uretrală penienă.

A. P. şi H. C. fără importanţă.

Istoric. Bolnavul spune că cu 5 ani înainte a fost operat într'un spital oarecare, de lithiază vesicală, punându-i-se atunci o sondă permanentă uretrală, în urma căreia s'a produs fistula cu care se prezintă acum.

Stare prezentă. Local, bolnavul prezintă o fistulă uretrală, pe faţa ventrală a $^1/_3$ inferioare (posterioare) a penisului.

În timpul micțiunii, bolnavul urinează mai mult prin fistulă, decât prin meat.

La 27 Oct. 1919 se intervine sub rachistricnostovainizare.

Se face sutura uretrei și a țesuturilor în 2 planuri — prin alunecare Alliot — și se institue drenaj perineal.

După 10 zile se scoate sonda perineală și la 13 Noembrie bolnavul iese din Spital vindecat, urmând a veni la dilatații.

Observația IV.

(personală)

Serg. C. N. de 26 ani, vine în serviciu la 31 Oct. 1920, pentru o fistulă uretrală penienă.

Istoric. Bolnavul spune că în Iulie trecut a contractat un șancru fagedenic în regiunea frenului. Șancrul a durat 75 zile, până când s'a transformat într'o fistulă uretrală, care a crescut cu timpul.

Stare prezentă. Local, se constată pe fața ventrală a penisului, la nivelul șanțului balano-prepuțial, o distrugere complectă a uretrei, pe distanță de 18—20 mm., cu ambele orificii ale plăgii uretrale întredeschise și neregulate.

La 4 Nov. se intervine sub rachistricnostovainizare.

Se reface peretele inferior uretral distrus, prin autoplastie Guyon-Pasteau și se instituie sonda perineală.

Se menține sonda 10 zile, după care se scoate, rămânând bolnavul cu o mică fistulă la nivelul autoplastiei.

La 29 Nov. se intervine din nou, sub aceeași anestezie, se face o avivare simplă Alliot și se pune din nou sonda perineală.

După 12 zile se suprimă sonda perineală, fistula penienă este închisă.

De a doua zi dela suprimarea sondei, nu mai curge urină prin locul unde a fost uretrostomina perineală și la 15 Decembrie bolnavul iese din spital vindecat.

Observația V.

Sold. N. Gh. A. de 21 ani, vine în serviciu la 22 Oct. 1919 pentru o fistulă uretrală congenitală.

Stare prezentă. Local, bolnavul prezintă pe fața ventrală a penisului, 1/3 posterioară, o fistulă acoperită, în parte, de un repliu cutanat.

In timpul micțiunii, o parte din urină iese prin fistulă și alta prin meat.

Bolnavul nu prezintă nici o strictură uretrală și nici o altă malformație congenitală.

La 1 Nov. se intervine sub rachistricnostovainizare Se excizează buzele plăgii, se face apoi simpla avivare cu Alliot și se instituie drenajul perineal.

După 10 zile totul este în ordine și se scoate sonda perineală.

Bolnavul nu urinează decât prin meat.

Atât fistula de care suferise, cât și butoniera perineală sunt complect închise.

Survenind o afecțiune intercurentă, bolnavul părăsește spitalul abia la 5 Ianuarie 1920.

Observația VI.

(personală)

Soldatul C. D. de 21 ani, vine în serviciu la 19 II 1921 pentru o fistulă uretrală penienă.

A. P. și H. C. fără importanță.

Istoric. Bolnavul spune că acum un an a contractat o blenoragie, în cursul căreia a făcut un abces periuretral, care deschizându-se spontan, la exterior, l'a lăsat cu o fistulă uretrală.

A fost operat la un spital din provincie, punându-i-se sondă permanentă prin meat, fără a se fi vindecat însă.

Acum vine în serviciu, spre a fi operat din nou.

Stare prezentă. Local, bolnavul prezintă o fistulă uretrală, la baza și pe fața ventrală a penisului.

In timpul micţiunii, o parte din urină iese prin această fistulă cam de 5 mm. lungime.

Fistula este aşezată pe un ţesut cicatricial, datorit — desigur — tentativei anterioare de a i se închide fistula.

Se fac bolnavului spălături uretrale şi dilataţii cu Béniqué-ul curb, începând dela No. 30 până la No. 50 la care se ajunge la 26 Martie 1921.

La 28 Martie 1621 sub rachistricnostovainizare, se intervine chirurgical.

Se excizează ţesuturile cicatriciale, se suturează uretra cu ţesuturile în 3 planuri pe Béniqué şi se pune sonda perineală.

După 14 zile se suprimă sonda perineală, fistula, pentru care a fost operat, fiind închisă.

Butoniera perineală se închide în primele 24 ore dela suprimarea sondei şi la 20 Aprilie 1921, bolnavul iese din spital, vindecat.

Observaţia VII.

(personală)

Soldatul B. I. de 22 ani, vine în serviciu la 20 Aprilie 1921 pentru o fistulă uretrală pe faţa ventrală a penisului şi lipsa erecţiilor.

A. P. şi H. C. fără importanţă. Bolnavul neagă ori-ce maladie venerică. Nu a avut nici un raport sexual, neputând avea erecţii.

Istoric. Bolnavul declară că dela vârsta de 2 ani, fiind muşcat de un câine de penis, a rămas cu fistula cu care ni se prezintă şi prin care urină şi urinează şi acum.

In 1919 a fost internat într'un spital militar din provincie, unde i s'a încercat o operaţie, pentru închiderea fistulei, punându-i-se şi o sondă permanentă prin meat.

A stat aşa vre-o 45 zile, după care iese din spital tot cu o fistulă mare, căci sutura nu se prinsese.

Stare prezentă. Local, bolnavul prezintă pe faţa ventrală a penisului, cam la jumătatea lui, o fistulă uretrală, cu orificiul cam de 15 mm. şi aşezată pe un ţesut cicatricial pe întindere de 3—4 cm.

In timpul micţiunii, toată urina se proiectează prin această fistulă, fără a trece nici o picătură spre meat.

Explorându-se uretra se constată că, prin orificiul fistulei, poate trece spre vesică, exploratorul cu bulă No. 17, arătând, — la întoarcere — existenţa unei stricturi situată la câţiva mm. dela orificiul fistulei. Prin meatul natural se poate trece cu uşurinţă sonda No. 14.

Se fac bolnavului, câteva zile, spălături uşor antiseptice şi la 17 Mai 1921 i se face o uretrostomie perineală pe unde i se pune o sondă permanentă — anestezie locală.

Se menţine bolnavul astfel timp de 4 zile, făcându-i-se spălături uşor antiseptice, spre a se aseptiza oarecum uretra la nivelul fistulei.

La 21 Mai, sub rachistricnostovainizare, se intervine chirurgical şi asupra fistulei peniene.

Se excizează parte din ţesutul cicatricial şi se închide fistula prin alunecarea ţesutelor, cu sutură în 3 planuri.

Mersul post operator normal.

Se pansează bolnavul şi se spală pe sondă zilnic şi după 35 zile i se scoate sonda perineală.

După scoaterea sondei, butoniera perineală s'a închis în primele 24 ore, iar în plaga penienă a rămas încă o fistulă punctiformă, pe unde se filtrează foarte puţină urină în micţiuni.

La 17 Iunie 1921 i se face bolnavului uretrotomie internă — Maisonneuve — pentru stricturile peniene post-operatorii, după care i se fac dilatări progresive cu Béniqué.

Cicatricea penienă devine mai moale, dar orificiul punctiform persistă.

Dilatările cu Béniqu ajung la No. 40 după care, la 13 August, bolnavul este trimis la Sanatoriul Militar Tekirghiol.

În tot acest timp, concomitent cu dilatările uretrale, i s'au mai făcut bolnavului injecţii cu sulfat de strichnină şi masagii electrice, spre a combate lipsa de erecţii, tratament care a avut rezultatul dorit.

După 30 zile de cură la Tekirghiol, bolnavul vine să fie revăzut şi se constată:

Butoniera perineală închisă şi cicatricea sa perfect suplă;

Orificiul punctiform penien se menţine şi bolnavul are erecţii normale — fără a fi practicat însă vre-un raport sexual, fiind nu bolnav docil şi ascultând de sfaturile primite în spital.

Bolnavul pleacă în concediu, apoi la regiment şi la 12 Ianuarie 1922 revine în serviciu.

La această dată uretra se lasă străbătută de Béniqué-ul No. 20, orificiul punctiform din locul vechei fistule aproape nu se mai observă şi foarte rar mai iese câte o picătucă de urină pe acolo, în timpul micţiunilor.

I se fac bolnavului dilatări cu Béniqué-ul, ajungându-se la No. 40 şi la 27 Februarie 1922 părăseşte serviciul şi cu orificiul punctiform închis.

De remarcat şi aici că după 8 luni dela uretrostomia perineală (17 Mai—12 Ianuarie) nu s'a constatat nici urmă de strictură uretrală la acel nivel.

Observaţia VIII.

(personală)

Soldatul C. V. de 22 ani, intră în serviciu la 24 Sept. 1922 pentru o fistulă uretrală.

A. P. şi H./C. fără importanţă.

Istoric. Bolnavul ne spune că pe când era în vârstă de 3 ani a fost muşcat de un câine de penis, lăsându-l cu fistula cu care ni se prezintă.

Bolnavul ne maispune că de atunci urinează numai prin fistulă.

Stare prezentă. Local, bolnavul prezintă o fistulă uretrală pe faţa ventrală a penisului, în vecinătatea

bazei glandului. Fistula are orificiul de 7—8 mm. şi e aşezată pe un ţesut cicatricial.

Din uretră nu a mai rămas — la nivelul plăgii — decât foarte puţin din peretele dorsal, restul fiind distrus.

Prepuţul lipseşte aproape în întregime, glandul fiind descoperit.

Bolnavul urinează pe ghete, jetul fiind în stropitoare, din cauza orificiului neregulat al fistulei, pe unde iese urina.

Bolnavul este supus unui tratament preparator şi aşteaptă să-i vină rândul la operaţie.

La 12 Decembrie 1922 sub rachicafeinăstovainâ se intervine chirurgical.

Se excizează parte din ţesutul cicatricial perifistular, se avivează buzele plăgii, se face un tunel din ţesuturi, pe o sondă introdusă în uretra penienă şi se face sutura în 2 planuri, lăsându-se pe loc şi sonda mulaj. Se instituie drenaj perineal.

Se pansează şi se spală pe sondă zilnic, însă, din cauza erecţiilor, cari n'au putut fi prevenite cu toată medicaţia prescrisă, plaga operatorie s'a desprins aproape în întregime.

La 21 XII. i se pun 2 agrafe Michel

Bolnavul este pansat regulat, dar plaga nu se închide.

Drenajul perineal se menţine tot timpul, schimbându-se sonda la anume intervale spre a nu se astupa.

La 11 Ianuarie 1923 se intervine din nou, tot sub rachicafeinăstovainâ.

S'a întrebuinţat procedeul Guyon—Pasteau, luându-se întâi un lambeau cutanat dreptunghiular din partea anterioară — superioară a fistulei, lambeau cu baza la nivelul fistulei şi s'a răsturnat peste aceasta.

S'a luat apoi altul mai mare din partea opusă şi s'a răsturnat peste primul.

După 20 zile se suprimă drenajul perineal, plaga operatorie fiind vindecată.

Observaţia IX.

(personală)

Soldatul I. D. de 21 ani, vine în serviciu la 3 Februarie 1923 pentru fistulă uretrală.

A. P. şi H. C. fără importanţă.

Istoric. Bolnavul ne spune că în anul 1921, pe când lucra la o fabrică, a fost surprins de un vagonet care l-a trântit la pământ, lovindu-l în lombe şi basin.

In urma acestui traumatism a suferit şi ruptura uretrei posterioare.

A fost internat într'un spital judeţean unde a fost pus într'un aparat gipsat — Minervă — şi a fost tratat acolo 9 săptămâni făcându-i-se şi o uretrotomie externă, cu sutura uretrei şi sondă permanentă.

După vre-o 40 zile de stat cu sonda, orificiul s'a închis şi a ieşit din spital necalibrat, spitalul neavând Béniquè.

In acest interval şi până astăzi, avea micţiuni imperioase frequente, eliminând urină picătură cu picătură, şi având dureri mari în timpul micţiunii.

Stare prezentă.

Bolnavul este de constituţie medie, apiretic.

In afara aparatului uro-genital nu prezintă nimic anormal sau patologic, decât o deviare laterală a coloanei dorsale inferioare, cu cifoză.

Din partea aparatului uro-genital se constată, la inspecţie, o cicatrice mare în regiunea perineală, cicatrice consecutivă uretrotomiei externe ce i s'a făcut la spitalul unde fusese internat.

Explorându-se uretra se constată că atât exploratorul cu bulă olivară, cât şi exploratoarele filiforme, străbat numai uretra anterioară, oprindu se în perineu.

Bolnavul urinează foarte greu, picătură cu picătură şi are dureri mari în timpul micţiunii.

Se instituie bolnavului un tratament adequat, cu băi calde, spălături uretrale, antiseptice diuretice şi adrenalină local şi se încearcă, din timp în timp, introducerea filiformelor.

Toate tentativele cu filiformele în baionetă sau drepte — în fascicul sau izolate — rămân infructuoase.

La 10 Martie 1923, sub rachistricnostovainizare se intervine chirurgical.

Se face bolnavului uretrotomie externă perineală, cu excizia ţesutului cicatricial. Se găseşte capătul posterior care are un orificiu punctiform şi un traiect sinuos, se pune o sondă permanentă prin meat şi se suturează în 3 planuri pe sondă.

Se lasă sonda permanentă prin meat.

Din cauza unei erecţii din timpul somnului, în noaptea de 12—13 Martie sonda a fost expulzată dincolo de plaga operatorie.

Tentativele de reintroducere a sondei ne izbutind, se dă bolnavului cloroform, se deschide plaga din nou şi se pune o sondă perineală, prin capătul posterior al rupturei uretrale, lăsând capătul anterior liber, şi lăsând să se tunelizeze ţesutele unde se făcuse sutura anterioară pe sondă.

Se fac apoi pansamente zilnice şi spălături pe sondă.

La 20 Martie se schimbă sonda perineală. Bolnavul este lăsat astfel, fiind pansat zilnic şi făcându-i-se spălături repetate pe sondă.

La 3 Aprilie se intervine din nou, sub rachistricnostovainizare.

Se introduce o sondă prin meat, ajungând până în regiunea plăgii.

Se deschide şi debridează regiunea traumatizată, având reperate ambele capete ale uretrei, se introduce sonda din meat până în vesică, se suturează în 2 planuri şi se lasă sonda permanentă prin meat.

Mersul post operator normal.

La 17 Aprile i se scoate sonda şi peste o săptămână se încep dilataţiile cu Béniqué-ul No. 34.

La 10 Iunie bolnavul are uretra calibrată, permiţând cu uşurinţă să fie străbătută de Béniqué-ul No. 50 şi bolnavul pleacă în concediu de 90 zile, după care va reveni în spital pentru control.

Revenit în spital la 10 Sept, se constată că uretra se lasă străbătută de Béniqué 36, prezentând o strictură ce se simte cu exploratorul cu bulă în regiunea unde avusese operaţia.

Observaţia X.

(Personală)

Soldatul B. M. în vârstă de 22 ani, vine în spital la 14 Decembrie 1922, pentru o malformaţie congenitală a ureirei peniene — epispadias —

A. P. — La 16 ani Rugeolă şi cu 3 luni înainte de a intra în spital, Paludism.

A. H-C. — Bolnavul spune că nu mai are pe nimeni în familie cu vre-o malformaţie congenitală.

Istoric. Bolnavul declară că, din naştere, are malformaţia cu care ni se prezintă, are erecţii, neputând practica însă nici un raport sexual.

Stare prezentă. Constituţie medie, apire ic, tubul digestiv puţin anormalizat—cu scanue rare, inapetenţă.

La inspecţie se constată prezenţa unei cicatrici supra-claviculare stg şi a altora pe braţul dr. —consecutive unor abcese cronice — reci (?) —

La examenul somatic se constată :

Pulmonar, raluri ronflante şi sibilante, diseminate în ambii pulmoni cu submatitate şi frecături pleurale la baza stângă.

Splina perc.utabilă pe 3 laturi de deget şi dureroasă.

Cord şi Ficat normale.

Din partea aparatului urō-genital, la inspecţie se constată, pe faţa dorsală a penisului, o fantă pe o lungime de 5—6 cm. interesând glandul şi jumătatea anterioară a penisului, fantă care despică şi uretra pe care o expune ca pe o gutieră, cu mucoasa în contact direct cu aerul putându-i-se vedea bine orificiile glandulare.

Jetul urinar împrăştiat.

Restul normal.

La 25 Decemarie 1921 bolnavul este operat, sub rachistricnostovainizare.

Se întrebuinţează procedeul lui Duplay, — pentru refacerea uretrei şi a penisului, adăugându-se drenajul perineal.

Mersul post operator normal.

Se fac pansamente zilnice şi plaga penienă tinde să se cicatrizeze, cu excepţia unui punct, unde sutura se desface, producând o fistulă uretrală, pe unde se scurge o cantitate mică de muco-puroi.

După ce se constată această fistulă, i se prind buzele cu agrafe Michel care se scot după 4 zile —şi la 20 Ianuarie plaga în întregime tinde spre cicatrizare, fără a mai ameninţa cu fistule, — păstrându-se sonda perineală.

La 25 Ianuarie 1922 — exact o lună dela intervenţie, se scoate sonda perineală.

Prin plaga perineală, nu a ieşit nici o picătură de urină, după suprimarea sondei şi la 29 Ianuarie, această plagă este complet cicatrizată.

Bolnavul urinează singur, jetul normal.

La 5 Februarie 1921 i se face bolnavului uretroscopie anterioară, la care se constată, dealungul peretelui anterior — dorsal — al uretrei peniene, o cicatrice, tradusă printr'o dungă alb-sidefie, în opoziţie cu roşul deschis al restului mucoasei uretrale.

I se fac apoi bolnavului dilataţii cu Béniqué şi ajungându-se la No. 45 bolnavul părăseşte spitalul.

Observaţia XI.

(D-l Dr. Trifu)

Soldatul O. de 24 ani intră în serviciu la Aprilie 1911 pentru stricturi uretrale filiforme şi dureri în micţiuni.

Ca istoric bolnavul avusese în mai multe rânduri uretrite cu gonococi pe cari le-a tratat în mod diferit,

rămânând cu stricturi de cari nu s'a prea îngrijit, de oarece scurgerile încetaseră.

Stare prezintă. D. p. d. v. uro-genital bolnavul prezintă stricturi uretrale de nepătruns nici cu exploratorul cu bulă, nici cu filiformele.

Urinează foarte greu, cu dureri mari şi jet mic şi împrăştiat.

I se face bolnavului atunci uretrotomie externă, cu drenaj perineal.

După vre-o 2 luni, bolnavul părăseşte spitalul vindecat şi calibrat cu No. 50.

Revăzut în 1923, după ce până atunci şi-a dilatat mereu uretra, nu se constată nici o urmă de strictură în regiunea unde a fost făcută uretrostomia pentru drenaj.

Observaţia XII

(personală)

Soldatul Gh. Gh. în vârsta de 21 ani, întră în spital la 12 Iulie, 1923 pentru dysurie accentuată.

A. P. Nimic important. Nu a avut nici o boală.

A. H. — C. Fără importanţă.

Istoric. Bolnavul declară că cu 2 luni înainte a căzut călare pe o traversă de fier, după care a avut timp de 15 zile o uretroragie foarte pronunţată.

In tot acest timp şi până astăzi bolnavul a urinat picătură cu picătură, având dureri mari în timpul sforţărilor pentru urinare.

Stare prezentă. Constituţie bună, apiretic, nimic anormal extra genital.

D. p. d. v. uro-genital, bolnavul prezintă la palpat o induraţie a uretrei cu ţesutele periuretrale. pe intindere de 8—10 c. m.

Explorându-se uretra, nici exploratorul cu bulă şi nici cele filiforme nu pot trece dincolo de unghiul peno-serotal. La 19.VII se intervine sub rachistric-nostovainizare.

Se face uretrotomie externă, se găseşte capătul anterior cu ajutorul unui conductor, însă capătul posterior neputând fi găsit, se lasă bolnavul cu plaga perineală deschisă.

Bolnavul urinează prin perineu în jet. După 2 zile se încearcă din nou a se găsi capătul posterior, se introduce chiar o sondă care se presupunea a fi intrat în vesică, însă sonda făcuse o cale falsă şi a fost scoasă peste 4—5 ore.

La 28.VII, se caută din nou capătul posterior — procedeul Forgue — şi negăsindu-se, se face cystostomie cu cateterism retrograd.

Se lasă o sondă Pezzer prin stoma vesicală, se pune o sondă permanentă prin meat şi se cos ţesuturile în 3 planuri.

De oarece toate firele au supurat, s'a deschis plaga perineală peste 2 zile şi s'a introdus o sondă prin capătul posterior, menţinându-se şi Pezzerul vesical.

La 20.VIII, s'a scos Pezzerul vesical, lăsându-se sonda perineală.

La 24.VIII, orificiul vesical închis, nu mai lasă să treacă prin el urină.

In acea zi se intervine pentru a patra oară, se introduce o sondă permanentă prin meat, se cos ţesuturile în 3 planuri şi se spală apoi regulat pe sondă.

La 28.VIII se dă drumul unui fir care a supurat.

La 30.VIII, sonda a fost expulzată 5—6 c. m. de la meat, datorită unei erecţii din timpul somnului.

După alte 2 zile iese urină prin perineu, trecând câte puţină urină şi între sondă şi uretră până la meat.

La 15.IX, plaga perineală este mult micşorată, păstrând o mică fistulă pe unde încă mai iese urină.

Uretra permite să se schimbe cu uşurinţă sonda, manevră ce s'a făcut regulat la 3—4 zile spre a nu se înfunda sondele.

Bolnavul este încă în serviciu.

* * *

Din aceste observații, rezultă că drenajul perineal, atunci când se poate face este cel de recomandat, în cazurile de cari ne ocupăm.

Drenajul hypogastric, își are incontestabil, calitățile sale, dar nu-l vom face decât în cazurile arătate de Marion și în cele semnalate de noi, cum a fost în Obs. I și XII.

Din toate cazurile în cari s'a practicat drenajul perineal, se vede cum butoniera uretrală nu a lăsat nici o urmă de strictură — bolnavii fiind revăzuți la 8 luni — Obs. VII, și la 12 ani — Obs. XI și cum butoniera perineală se închide în primele 24 ore de la suprimarea sondei.

Am avut, de asemeni ocazia de a mă convinge *de visu* că obiecțiunile aduse de Guyon și Legueu sondei permanente sunt întemeiate, constatând la Obs. III, cum o sondă permanentă ținută mai mult timp și vicios, a putut produce o fistulă uretrală, necesitând o intervenție chirurgicală spre a fi redusă.

Din obs. IX și XII, cu referire tot la sonda permanentă, se vede cum a putut fi expulzată prin erecție și neajunsurile ce au fost provocate prin aceasta.

Se mai constată apoi inocuitatea drenajului perineal căci 2 butoniere perineale, practicate aproape în același loc și la interval de 25 zile, nu au produs nici un neajnns. (Ob. IV).

Cazurile dela Obs. VI și VII sunt foarte elocvente, întrucât pe același bolnav s'au putut studia, comparativ, sonda permanentă și sonda perineală.

In adevăr, vedem din toate aceste Observații cum ambii bolnavi au fost operați întâi punându-li-se sonda permanentă prin meat și la ambii, plaga operatorie nu s'a închis, lăsând după ea fistula aproape de aceleași dimensiuni și cu o cicatrice mare în jur, deci mai rău decât înainte de intervenție.

Pe de altă parte, constatăm cum la ambii bolnavi plăgile operatorii rezultate din intervenția II-a s'au reunit, datorită drenajului perineal care a derivat și

urinile şi nici nu a produs iritaţia cu supuraţia uretrală care să fi provocat dislocarea suturilor.

Supurarea unui fir s'a observat şi în observaţia noastră No. X, dar aici s'a datorit faptului că uretra era septică, priu continuul său contact anterior cu aerul.

Şi apoi, am văzut cum în acest caz plaga s'a şi închis complect în 25—26 zile, pe când în Obs. VIII am văzut că bolnavul păstrase sonda permanentă 45 zile, pentru ca la eşirea din spital să păstreze fistula cu care întrase.

CONCLUZII

Având în vedere că:

I. Sonda permanentă prin meat:

1. Favorizează infecția locală;

2. Este un agent al dislocării suturilor uretrale prin infecția pe care o favorizează.

3. Inlesnește infecția urinoasă prin contactul urinii cu suprafețele sângerânde ale plăgii operatorii;

4. Poate fi expulzată ușor printr'o erecție în timpul somnului, necesitând uneori o nouă intervenție chirurgicală;

5. Poate da periuretrită cu fistulă uretrală;

II. Pe de altă parte parte, având în vedere că drenajul hypogastric:

6. Lasă rezidiu excitând contracțiile vesicei cari trimit urina pe uretră, provocând neajunsurile dela punctul 3;

7. Pentru închiderea orificiului vesical, de foarte multe ori se pune sondă permanentă, care ne poate duce la neajunsurile mai sus arătate;

8. Trâumatismul operator este mare;

III. Considerând de asemeni, în privința drenajului perineal că:

9. Se face foarte ușor, cu traumatism operator ca și neexistent;

10. Nu dă stricturi;

11. Drenează perfect, căci chiar dacă iese puţină urină din vesică, între sondă şi uretră, ea trece afară prin orificiul perineal;

12. Nu dă incontinenţă de urină;

13. Orificiul butonierei perineale uretrale se închide în primele 24 ore dela suprimarea sondei;

14. Nu dă turburări în erecţie şi nu modifică din calităţile coitului;

Socotim, ca încheere, drenajul perineal al urinilor, meritând să fie preferat celorlalte metode, în intervenţiile chirurgicale practicate pe uretra bărbătească, în afară de cazurile când am fi nevoiţi să facem acest drenaj chiar prin uretra prostatică.

Văzută şi bună de imprimat:

Preşedintele Tezei,
Prof. Dr. A JIANU

Decanul Facultăţei,
Prof. Dr. MINA MINOVICI

In afară de subiectul tezei candidatul este dator a răspunde la orice chestiuni medicale ce i se vor pune de către jurîul examinator.

Bibliografie.

Achard. — cu Marion şi Paisseau —Thérapeutique urinaire. Paris 1910.
Albaran. Medecine opératoire des voies urinaires. Paris 1908.
Banu. Societatea Studenţilor în medicină. — Comunicare. Buc. 1922.
Bazy. Maladies des voies urinaires. Traitement d'urgence. Ed. III.
Casper. Lehrbuch der Urologie. Berlin 1910.
Cathelin. Chirurgie urinaire de guerre. Paris 1919.
Charpy. Organes genito-urinaires. Paris 1890.
Chavasse. Petite Chirurgie. Paris Ed. 6-a.
Chevalier. Chirurgie des voies urinaires. Paris 1899.
Christian. Dare de seamă. Spitalul militar. Buc. 1912.
Coignet. Thèse. Lyon 1893.
Constantinescu. Soc. urologie. — Comunicare — Buc. 1922.
Delore — cu Poncet — Traité de l'urétrostomie périneale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre. Paris 1900.
Delefosse. Pratique de la chirurgie des voies urinaires. Paris 1887.
Desfosses. Presse Medicale 1898 No. 101.
Desnos. Traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Paris 1890
Desnos. —cu Minet — Traité des maladies des voies urinaires. Paris 1909
Le Dentu. — cu Delbet — Traité de chirurgie clinique et opératoire. Paris 1900.
Duplay. — cu Reclus — Traité de chirurgie. Paris 1892.
Dupuytren. Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre
Fiolle. Traitément d'urgence des maladies des organes genito-urinaires. Paris 1913.
Forgue. Précis de Pathologie externe. Paris.
Friedlaender. Leçons sur les maladies de l'appareil urinaire de l'homme Paris 1901. Trad.
Guyon. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris 1885.
Guyet. Journal d'urologie. T. XV. No. 3.
Hamonic. Traité des rétrécissements de l'urèthre. Paris 1893.
Hartmann. Organes génito-urinaires de l'homme. Paris 1904.
Heitz-Boyer. Journal d'urologie. T. XII. No. 3.

Iselin. — cu Pasteau — Ann. des. mal. des org. g-u. T. II. 1906.
Jeanbrau. Précis de pathologie chirurgical vol. IV. Paris 1913.
Jeanbrau. Journal d'urologie T. XIV No. 6.
Jozan. Traité pratique des maladies des voies urinaires. Paris 1884.
Jungano. Journal d'urologie. T. XV. No. 6.
Lavaux. Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires. Paris 1890.
Lefert. La pratique des maladies des voies urinaires dans les *Hopitaux* de Paris. 1895.
Legueu. Presse med. 1916.
Legueu. Traité chirurgical d'urologie. Paris 1910.
Legueu — cu Papin — Précis d'urologie.
Levy-Weissmann. Journal d'urologie T. X. No. 4.
Marinescu. Semiologie urinară. Buc. 1922.
Marinescu. Din trecutul Urologiei. Conf. Buc. 1923.
Marion. Traité d'urologie. Paris 1921.
Marion. — cu Achard şi Paisseau — Thérapeutique urinaire. Paris 1910.
Martin. Journal d'urologie T. IX. No. 4.
Minet. — cu Desnos — Traité des maladies des voies urinaires. Paris 1909.
Monod. Etude clinique sur les indications de l'urèthrotomie externe. Paris 1880.
Nové-Josserand. Archives générales de chirurgie. 1909.
Nove Josserand. Journal d'urologie T. VIII No. 6.
Paisseau. — cu Achard şi Marion — Thérapeutique urinaire. Paris 1610.
Papin. — cu Legueu — Précis d'urologie.
Pasteau. — cu Iselin — An. des mal. des org. G. u. T. II. 1906.
Payr. — cu Hechenegg — Lehrbuch des speziellen chirurgie. Berlin 1918.
Pfister. Thèse. Paris 1902.
Phélip. Thèse. Lyon 1886.
Picard. Traité des maladies des voies urinaires. Paris 1892.
Poncet. — cu Delore — Traité de l'uretrostomie périneale. Paris 1900.
Pousson. Précis des maladies des voies urinaires. Paris.
Rafin. Journal d'urologie T. IX. No. 3.
Ricord. Traitément des fistules urinaires.
Reclus. — cu Duplay — Traité de chirurgie. Paris 1892.
Reverdin. Thèse. Paris 1875.
Rochet. Chirurgie de l'urèthre. Paris 1895.
Rochet. Quelques donnees nouvelles de clinique et thérapeutique urinaire. Lyon 1906.
Rochet. Lyon Médical. 1907 No. 4.
Tillaux. Anatomie topografique.
Testut. Anatomie descriptive.
Thompson. Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires. Paris 1885. Trad.